(9) F/S

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1879 — **THÈSE** — N° 8

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 décembre 1879, à 1 heure.

PAR G.-TH. LACOMBE

Né à Montgaillard (Landes), le 14 juin 1853.

DE LA KÉRATITE INTERSTITIELLE

DANS LA SYPHILIS ACQUISE

Président : M. RICHET, *professeur.*

Juges : MM. JACCOUD, *professeur*
BOUCHARD, DUGUET, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1879

1043632

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. VULPIAN.

Professeurs..................	MM.
Anatomie........................	SAPPEY.
Physiologie........................	BECLARD.
Physique médicale..................	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale............	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales....	CHAUFFARD.
Pathologie médicale..................	JACCOUD. PETER
Pathologie chirurgicale..................	TRELAT. GUYON.
Anatomie pathologique..................	CHARCOT.
Histologie........................	ROBIN.
Opérations et appareils..................	LE FORT.
Pharmacologie........................	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.......	GUBLER.
Hygiène........................	BOUCHARDAT
Médecine légale..................	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés..........	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	PARROT
Pathologie comparée et expérimentale....	VULPIAN
Clinique médicale..................	SEE (G.). LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..............	BALL
Clinique chirurgicale..................	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements..............	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le Baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	DELENS.	HAYEM.	PINARD.
BERGER.	DIEULAFOY.	HENNINGER.	POZZI.
BERGERON.	DUGUET.	HUMBEBT.	RENDU.
BOUCHARD.	DUVAL.	DE LANNESSAN.	RICHET.
BOUCHARDAT.	FARABEUF.	LANCEREAUX.	RICHELOT.
BOURGOIN.	FERNET.	LEGROUX.	RIGAL.
CADIAT	GAY.	MARCHAND.	STRAUS.
CHANTREUIL.	GRANCHER.	MONOD.	TERRIER.
CHARPENTIER.	HALLOPEAU.	OLLIVIER	TERRILLON.
DEBOVE.			

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

	MM.
Cours clinique des maladies de la peau..................	N.
— des maladies des enfants..................	N.
— d'ophthalmologie..................	N.
— des maladies des voies urinaires..................	N.
— des maladies syphilitiques..................	N.
Chef des travaux anatomiques..................	FARABEUF

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A M. LE PROFESSEUR H. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

DE LA

KÉRATITE INTERSTITIELLE

DANS LA

SYPHILIS ACQUISE



Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que, de tous les organes, l'œil est un des plus souvent atteints par les manifestations de la syphilis. En effet, dans tous les traités classiques on trouve des descriptions de l'inflammation syphilitique de toutes es membranes de l'œil ; seules les inflammations de la cornée ne sont pas mentionnées. C'est que, jusqu'à ces dernières années, la plupart des ophthalmologistes et des syphilographes n'admettaient pas que la syphilis pût atteindre la cornée isolément. Aujourd'hui la preuve du contraire semble se faire ; beaucoup, q u rejetaient l'inflammation de la cornée, admettent et soutiennent que la syphilis peut déterminer d'une façon isolée une kératite interstitielle, en beaucoup

de points semblable à celle que l'on rencontre chez les scrofuleux. Les observations, que nous avons pu recueillir à ce sujet, viennent à l'appui de cette opinion. La plupart nous ont été fournies par notre maître M. Galezowski, à qui nous nous faisons un devoir d'exprimer ici toute notre reconnaissance pour les savantes leçons qu'il nous a enseignées, et les bons conseils qu'il nous a donnés pour mener notre travail à bonne fin.

Nous devons aussi mille remerciements à son ancien chef de clinique, notre excellent compatriote et ami Félix Despagnet, pour nous avoir fourni quelques matériaux utiles, et nous avoir aidé dans nos recherches.

HISTORIQUE.

L'histoire de la kératite interstitielle ne remonte, à proprement parler, qu'au commencement de ce siècle. C'est aux bonnes descriptions que nous en ont laissées Wardrop (1808), Mirault d'Angers (1823), et plus tard Sichel (1837), que cette affection doit d'être entrée dans le cadre nosologique comme maladie distincte. Mais ces auteurs, comme tous leurs contemporains, n'avaient remarqué que sa relation avec la scrofule.

C'est Velpeau qui semble avoir soupçonné, le pre-

mier, l'influence de la syphilis sur le développement de cette affection. Voici comment il s'exprime dans le Dictionnaire en trente volumes à propos de l'étiologie de la kératite (1) : « Les individus, qui ont eu la syphilis et chez lesquels des symptômes de cette affection se sont manifestés à diverses reprises, qu'ils aient été ou non traités par le mercure, m'ont paru y être le plus sujets. »

Sichel et Desmarres admettent bien que dans l'iritis syphilitique il peut survenir des complications cornéennes, et ils parlent de trouble de la cornée, de kératite ponctuée surtout, « qu'ils reconnaissent très-fréquente dans le cours de l'iritis chez les sujets infectés de syphilis. »

Mais, il nous faut arriver en 1861 pour voir Follin énoncer pour la première fois, quelques idées bien nettes sur les exsudats syphilitiques interstitiels de la cornée. « La syphilis, dit cet auteur dans son excellent Traité de pathologie externe (2), produit du côté des yeux des désordres fort graves. La cornée est quelquefois atteinte, et cette forme de kératite tenace, chronique, se manifeste, surtout à une époque avancée de la syphilis, par des dépôts plastiques plus ou moins épais dans le tissu de la membrane. »

Dans son Traité des maladies vénériennes (1865-66), Rollet, reproduit dans des termes peu différents l'opinion de Follin, mais il ajoute qu'il n'a jamais observé cette affection, et qu'on possède trop peu de docu-

(1) Dict. en 30 volumes, t. IX, p. 85.
(2) Path. ext., t. I, p. 700.

ments pour pouvoir indiquer par quels points elle diffère de la forme habituelle et du type général des kératites non spécifiques.

En 1866, Lancereaux, dans son Traité théorique et pratique sur la syphilis, s'exprime ainsi : « A dire vrai, aucune membrane de l'œil n'est à l'abri des atteintes de la syphilis ; » et un peu plus loin : « Rare dans la *syphilis acquise*, la kératite interstitielle est au contraire une manifestation fréquente de la syphilis héréditaire. »

Enfin, le savant médecin de Saint-Louis M. A. Fournier, dans ses leçons sur la syphilis chez la femme, admet de la manière la plus formelle l'existence de la kératite syphilitique, et consacre un chapitre spécial à cette affection dont il distingue deux formes : la forme diffuse et la forme ponctuée.

En Angleterre, l'attention des médecins a été tout entière concentrée sur l'influence de la syphilis héréditaire. Hutchinson, dès 1857, concluait de ses nombreuses recherches que la kératite interstitielle était toujours due à cette cause. Stanley, Haller, Lawrence, Watson, Taylor ne tardaient pas à apporter de nouveaux faits à cette manière de voir, qui fut combattue par Mooren, et souleva, en 1871, une discussion très-intéressante et très-animée à la Société de chirurgie de Paris.

Nous ne sommes pas aussi exclusif que l'ophthalmologiste anglais, et nous voulons bien admettre que la scrofule, un mauvais état général, le rhumatisme (Follin), les affections oculo-dentaires ont une large part dans la production de la kératite intersti-

tielle. Mais il nous semble aussi qu'on ne peut point récuser l'influence admise par Hutchinson d'une manière un peu trop absolue ; et, pour notre part, nous sommes parfaitement convaincu par les faits de Giraud-Teulon et de Demarquay, dans lesquels les antécédents héréditaires étaient manifestes ; et par les trois faits de Galligo (1), où l'on voyait l'affection oculaire accompagnée d'éruptions syphiliques, de plaques muqueuses à la bouche, à l'anus, au scrotum ; enfin par l'observation plus récente de Hutchinson (2), dans laquelle il s'agit d'un enfant qui n'avait que trois mois, et qui, un mois avant, avait eu une éruption syphilitique des plus nettes.

En Allemagne, « tous les auteurs, dit Sœmisch dans le Compendium des maladies des yeux (3), admettent que la kératite interstitielle reconnaît pour cause l'état constitutionnel, et regardent comme cause non douteuse la *syphilis*, mais surtout la syphilis héréditaire. »

Dans le même ouvrage le professeur Horner déclare que sur 51 cas de kératite interstitielle il a trouvé 26 fois la syphilis héréditaire, 10 fois soupçon de syphilis, et 2 fois seulement la *syphilis acquise*.

Nous citerons enfin la statistique de H. Dietlen (Casuistiche Bertrage zür syphiliologie des Auges. Thèse d'Erlangen 1876). Dans 180 cas de kératite interstitielle réunis par l'auteur, la syphilis congéni-

(1) Gaz. méd. de Lyon, 1863, p. 113.
(2) The Lancet, 18 déc. 1875, p. 876.
(3) Handbuch der Gesammten Augenheilkunde, vol. IV, 1er fasc., p. 267.

tale existait dans une proportion de 50 p. 100 et la *syphilis acquise* dans une proportion de 5,50 p. 100.

Si nous résumons les quelques notes historiques qui précèdent, nous trouvons que tous les auteurs cités sont d'accord pour admettre que la syphilis héréditaire est une cause non douteuse de la kératite interstitielle. La plupart au contraire ne parlent nullement de la syphilis acquise comme pouvant déterminer cette affection ; et si quelques-uns ont osé discuter sa valeur étiologique, ils sont tous, à l'exception de M. Fournier qui l'admet d'une façon absolue, restés dans une prudente réserve. M. Galezowski a, lui, depuis longtemps, émis son opinion dans ses leçons cliniques. Elle est tout à fait affirmative. Déjà en 1875 (1), il communiquait à un de ses élèves une observation très-concluante de kératite interstitielle isolée chez un adulte syphilitique. Depuis cette époque il en a donné une description dans le Recueil d'ophthalmogie (2), et maintes fois à sa clinique il a eu l'occasion de nous faire voir des cas semblables où nul doute n'était permis. Aussi, bien que certaines autorités, bien compétentes certes, protestent encore contre une pareille étiologie, nous n'hésitons pas devant l'évidence des faits à admettre, avec nos savants maîtres MM. Galezowski et Fournier, que la kératite interstitielle peut se développer isolée et sans complication sous l'influence de la syphilis acquise.

(1) Th. de Desmazes, 1875.
(2) Recueil d'ophthalmologie, octobre 1878.

ANATOMIE

Avant de commencer l'étude symptomatique de l'affection, quelques considérations anatomiques nous semblent nécessaires pour comprendre son processus pathologique.

La cornée est cette membrane transparente, à tissu dur et résistant, à forme de segment ellipsoïde, qui occupe la partie antérieure de l'œil. Convexe en avant, concave en arrière, elle est comme enchâssée dans la sclérotique qui représente une sphère plus grande. Elle est moins épaisse au centre qu'à la circonférence chez l'adulte, et mesure de 7 à 9 dixièmes de millimètre et jusqu'à un millimètre d'après M. Sappey.

On y distingue cinq couches qui sont d'avant en arrière :

1° Une *couche épithéliale antérieure*, formée d'épithélium pavimenteux stratifié, qui est la continuation directe de l'épithélium conjonctival.

2° Une *lame élastique antérieure*, membrane de Reichert ou de Bowman. Cette couche homogène, anhiste, s'amincit et disparaît vers la circonférence de la cornée où elle semble se confondre avec le derme de la conjonctive. On l'a considérée comme un reste de la membrane vasculaire qui existe sous la conjonctive dans les premiers mois de la vie intra-utérine.

3° La *couche cornéenne proprement dite*, ou tissu cornéen de Robin, est cette partie essentielle de la cornée qui est constituée par des faisceaux de fibres, de 5 à 10 millièmes de millimètre, offrant les apparences du tissu conjonctif. Ces faisceaux qui se continuent directement et sans intermédiaire avec ceux de la sclérotique s'anastomosent entre eux, et figurent des lamelles parallèles à la surface de la cornée.

Les vacuoles qu'ils circonscrivent dans leurs mailles sont remplies par les cellules cornéennes. Ces corpuscules, à contenu et à noyaux transparents, fusiformes ou étoilés, s'anastomosent fréquemment par leurs prolongements et constituent ainsi un réseau analogue au réseau des cellules connectives du tissu muqueux.

4° Une *lame élastique postérieure*, membrane de Descemet ou de Demours. Cette couche homogène, amorphe, plus mince que la lame élastique antérieure, s'épaissit à la périphérie de la cornée, va constituer la paroi interne du canal de Schlemm, et se réfléchit en partie vers l'iris pour constituer le ligament pectiné.

5° Enfin une *couche épithéliale postérieure*, formée d'une seule série de cellules hexagonales qui baignent dans l'humeur aqueuse.

Vaisseaux sanguins. A l'état normal, la cornée ne possède point de vaisseaux. Le réseau vasculaire, qui parcourt chez le fœtus la couche élastique antérieure, s'atrophie dès le septième mois de la vie intra-utérine, de sorte qu'à la naissance il n'existe plus qu'une

zone de demi-millimètre environ, où empiètent des anses nombreuses des vaisseaux conjonctivaux.

On comprend dès lors que les capillaires puissent s'y régénérer avec la plus grande facilité dans les affections superficielles de la cornée.

Vaisseaux lymphatiques. Découverts par Recklinghausen, les vaisseaux lymphatiques sont niés par la plupart des anatomistes. Ce sont là sans doute les espaces intermellaires décrits dans ces derniers temps par Swaen (1). Il y aurait dans le tissu cornéen un système d'espaces et de canaux incolores et qui font naître l'idée de cavités véritables; elles ne sont que virtuelles, remplies qu'elles sont par les cellules fusiformes et leurs prolongements qui permettent cependant à l'injection de nitrate d'argent de pénétrer entre elles et ces espaces.

Nerfs. Les désordres, que produit la section de la cinquième paire des nerfs crâniens, démontrent suffisamment leur origine, ainsi que l'influence du trijumeau sur la nutrition de la cornée. Arrivés à deux millimètres de la périphérie, les nerfs cornéens se dépouillent de leur myéline ; ils se divisent dichotomiquement en pénétrant dans la membrane transparente et vont former un réseau sous-jacent à la membrane de Bowman. On aurait suivi des filets jusque dans l'épithélium du feuillet conjonctival.

(1) Bull. de l'Acad. royale de Belgique, 2e série, t. XLII, 1876.

PATHOGÉNIE

La kératite interstitielle a été diversement dénommée suivant le point de vue sous lequel se sont placés les auteurs. C'est ainsi que nous la voyons successivement décrite sous les noms de : *kératite interstitiellé* (Wardrop), K. *plastique*, *parenchymateuse* (Virchow), K. *proprement dite* (Wharton Jones), K. *interstitielle diffuse* (Velpeau), K. *disséminée* (Desmarres), K. *vasculaire interstitielle* (Sichel), *Cornéite scrofuleuse* (Mackenzie), *kératite hérédo-syphilitique* (Hutchinson), K. *cachectique* (Panas).

Nous adoptons de préférence la première dénomination qui lui fut donnée par Wardrop. C'est la plus ancienne et la plus généralement acceptée; elle indique bien le siége de l'altération ; enfin, et surtout elle ne préjuge rien sur la nature et la cause de l'affection.

Ce qui caractérise la kératite interstitielle, c'est une opacité du tissu cornéen proprement dit, Mais comment faut-il comprendre la production de cette altération morbide ? Est-elle le résultat d'un travail inflammatoire ? Et alors que penser de l'inflammation développée dans un tissu qui ne possède point de vaisseaux ? Gardons-nous bien de ranimer les savantes discussions qui ont eu lieu à ce sujet, et disons avec M. le professeur Richet que la plupart des affections de la cornée reconnaissent pour cause des trou-

bles de nutrition, ayant pour point de départ le tissu cornéen lui-même, tandis que les autres sont secondaires aux inflammations du voisinage.

Quant au mécanisme du travail morbide, nous nous trouvons encore ici en face de théories contradictoires soutenues par des hommes d'un talent supérieur. Devons-nous admettre que toutes les modifications s'opèrent dans les cellules, et qu'en vertu d'une activité exagérée (Virchow), d'un travail cellulaire (His), les cellules se gonflent, le contenu devient granuleux, que noyaux et nucléoles se segmentent d'une façon prodigieuse, enfin que leur compression réciproque amène leur dégénèrescence graisseuse? Ou bien, ferons-nous consister l'altération propre à la kératite interstitielle dans une accumulation de cellules lymphoïdes : que ces cellules se forment sur place aux dépens d'un blastème (Robin), du protoplasma (Feltz), ou qu'elles viennent par migration des vaisseaux scléroticaux (Cohnheim)? Ce n'est pas à nous d'oser trancher une question aussi ardue, aussi délicate, et qui demanderait pour être éclaircie une expérimentation bien difficile à suivre, même avec un instrument grossissant, et des faits anatomo-pathologiques plus nombreux. On sait qu'il n'existe dans la science qu'un fait de ce genre, celui cité par Virchow dans sa pathologie cellulaire, et qui sert de base à sa théorie.

Quoi qu'il en soit, l'altération interstitielle une fois produite, la formation des vaisseaux dans la cornée s'explique facilement par l'irritation que ressent cette membrane à être ainsi envahie par une masse de

corpuscules, qui en distendent tous les éléments : les filets nerveux gênés et comprimés amènent une irritation qui se transmet à toute la périphérie cornéenne; il se produit un afflux de sang dans les vaisseaux qui se gonflent; la tension augmente; les globules transsudent, s'entourent bientôt de parois, et ainsi se trouvent constitués les nouveaux capillaires.

Cette vascularisation, qui sera tout d'abord, comme nous le verrons plus loin, un symptôme d'aggravation très-pénible pour le malade, deviendra bientôt un agent d'un grand secours et qu'on s'évertue souvent à provoquer. Ces vaisseaux vont en effet devenir agents nutritifs en apportant en suffisante quantité les matériaux de nutrition qui manquent aux éléments cornéens infiltrés.

SYMPTOMATOLOGIE

La kératite interstitielle spécifique ne diffère que par quelques traits spéciaux de la kératite interstitielle ordinaire. Nous ne croyons pas devoir faire une étude comparative complète de ces deux espèces morbides; nous nous bornerons à faire ressortir, à mesure qu'ils se présenteront, les caractères qui les différencient.

Comme toutes les affections de la cornée, la kératite

syphilitique traverse trois périodes : *une période dite d'infiltration interstitielle*, 2[e] *une période de vascularisation*, 3° *enfin une période de résolution ou de réparation.*

I. *Période d'infiltration interstitielle.*

Signes physiques. — Au début on voit apparaître *dans un point quelconque mais limité de la circonférence cornéenne* un léger trouble, un aspect nuageux, qu'il est toujours facile de bien distinguer à l'éclairage oblique. L'infiltration devient chaque jour plus opaque, plus apparente; et, quand la kératite sera à sa seconde période, elle cachera à l'observateur la partie correspondante de l'iris. On verra alors une tache d'un blanc grisâtre (teinte de pierre à fusil), variable d'étendue, mais toujours limitée à un segment cornéen, en forme de demi-lune, qui arrive rarement jusqu'au niveau du champ pupillaire. Cette segmentation de la tache interstitielle est tout le contraire de ce que l'on rencontre dans la kératite interstitielle scrofuleuse, où elle débute plus souvent au centre qu'à la circonférence. De plus dans cette dernière les taches sont parfois multiples et isolées les unes des autres au début; mais elle se réunissent, se diffusent et envahissent toute l'étendue de la membrane transparente qui revêt l'aspect du verre dépoli.

Les caractères distinctifs de l'opacité interstitielle syphilitique sont donc d'être partielle, d'avoir un siége déterminé (*la périphérie*) et d'y rester limitée

pendant toute la durée de la maladie. C'est ce que nous avons constaté dans les cas qui se sont présentés à notre observation : et, pour M. Galezowski, ces caractères sont presque toujours constants, et il les considère comme pathognomoniques de l'affection.

M. A Fournier admet, comme notre maître, que le propre de la kératite syphilitique est de se présenter toujours sous la forme d'une opacité limitée à un segment, qu'elle ne franchit jamais; mais, tout en reconnaissant que ce segment opacifié occupe le plus souvent la circonférence, il dit l'avoir constaté dans des points différents, soit à égale distance du centre et de la circonférence, soit même plus rapproché du centre.

Signes fonctionnels. — Les signes fonctionnels sont généralement peu accusés dans cette période. Certains malades se plaignent d'un léger obscurcissement de la vue ; ils ont comme un brouillard devant les yeux. D'autres accusent de la pesanteur des paupières, une légère sensation de gravier. C'est à ce moment que commencent le larmoiement, la photophobie et les douleurs ciliaires, phénomènes qui sont constants et bien plus marqués dans la période vascularisation.

D'ailleurs, cette première phase est toujours très-rapide et dépasse rarement quinze jours, tandis que la kératite interstitielle scrofuleuse a, pendant toute sa durée, une marche lente et régulière. Voilà encore un point de diagnostic différentiel sur lequel nous

reviendrons en parlant de la marche et de la durée générale de l'affection.

II. — *Période de vascularisation.*

Signes physiques. — La seconde période est caractérisée par cette vascularisation cornéenne dont nous avons parlé dans la pathogénie, et qui s'étend sur le pourtour de la cornée, mais dans la partie seulement qui correspond à la tache opaline. En effet, on voit les vaisseaux s'avancer de la sclérotique, déjà elle-même très-injectée, en mailles fines et serrées, envahir le parenchyme cornéen et converger tous vers ce même point infiltré. On les distingue parfaitement des vaisseaux conjonctivaux qui, du reste, sont beaucoup moins injectés. D'ailleurs, ils sont plus profonds, plus nombreux, suivent un trajet rectiligne, tandis que ceux de la conjonctive sont, comme on le sait, tortueux. Parfois, ils sont si agglomérés sur le point où ils convergent, qu'ils y forment une tache rouge qui simule une hémorrhagie (Fournier); aussi l'erreur de diagnostic est facile à commettre, et on ne l'évite qu'en examinant attentivement la tache à l'éclairage oblique.

Signes fonctionnels. — Avec cette injection oculaire, on trouve trois symptômes constants et qui sont bien plus accentués que dans la kératite cachectique : je veux parler des douleurs ciliaires, du larmoiement et

de la photophobie, qui le plus souvent ont déjà commencé vers la fin de la période précédente.

Les douleurs périorbitaires sont toujours intenses; elles présentent des exacerbations marquées, surtout la nuit. Nous les avons constatées chez tous nos malades à des degrés divers d'intensité. Elles sont quelquefois peu accentuées, mais c'est l'exception. Elles sont accompagnées d'un larmoiement considérable, très-pénible, se produisant par crises surtout vers le soir, et amenant généralement une irritation de la conjonctive et du bord libre des paupières.

Enfin, symptôme très-important, il se produit une photophobie très-intense, constante, qui force les malades à tenir les paupières presque fermées et amène quelquefois du blépharospasme. Et si, par malheur, les deux yeux sont affectés comme chez notre malade de l'observation n° II (ce qui heureusement est l'exception, contrairement à ce qui arrive dans la kératite scrofuleuse), les pauvres patients sont complétement plongés dans les ténèbres et, pendant de longs jours, dans l'impossibilité de se conduire.

Cette période se distingue donc de la période correspondante de la kératite scrofuleuse, en ce qu'elle présente toujours réunis les trois symptômes précédents qui atteignent une intensité considérable. Enfin sa durée est encore plus courte et varie entre un et trois mois, suivant que l'on a recours plus ou moins vite à un traitement énergique.

III. — *Période de réparation ou de résolution.*

Cette période est annoncée par la diminution et la cessation bientôt définitive des douleurs, du larmoiement et de la photophobie. L'injection oculaire s'affaiblit, et à mesure que les vaisseaux diminuent de volume, on voit l'opacité diminuer d'intensité et tèndre peu à peu à disparaître. La vision, de son côté, se rétablit peu à peu; et enfin la cornée, quoique après un temps assez long, finit par reprendre sa transparence primitive. On peut suivre, pour ainsi dire, jour par jour, la résorption des éléments infiltrés, qui est peut-être un peu plus lente à se faire que dans la kératite interstitielle ordinaire.

D'ailleurs, pour mieux faire saisir la symptomatologie de cette affection, je ne crois pouvoir mieux faire que de citer les quatre observations types de kératite syphilitique isolée qui ont servi de base à mon sujet :

Observation I (inédite, due à l'obligeance de mon ami M. Félix Despagnet).

Madame R..., 31 ans, plumassière, rue Beauregard, à Paris, mariée et sans enfant, a toujours joui d'une bonne santé. Vers le mois de février 1876, elle contracta la syphilis qui détermina bientôt tous les accidents ordinaires : plaques muqueuses à la bouche, roséole, croûtes à la tête et chute des cheveux.

Le 15 août de la même année, la malade est prise d'un léger brouillard de l'œil droit qui va progressant chaque jour, et qui est bientôt suivi de douleurs dans la région périorbitaire correspondante, et d'un larmoiement très-intense du même œil et se produisant par crises. Vers le 25 août, l'œil devient rouge et cette injection augmente d'intensité jusqu'au 7 septembre, jour où madame R... vient à la consultation de la rue Dauphine.

Elle est bien constituée, vigoureuse, ne présente aucune trace de scrofule. Elle porte un bandeau sur l'œil droit, qu'elle retire quand elle se présente à nous, mais en le remplaçant par sa main, de manière à garantir son œil d'une lumière trop vive. La photophobie est en effet très-intense. L'œil est très-rouge et tous les vaisseaux viennent converger vers la partie supérieure de la cornée, dont le tiers est occupé par une tache d'un blanc crayeux, ayant la forme d'un segment. L'iris a sa coloration physiologique; la pupille régulière se contracte normalement. Les douleurs périorbitaires du début n'ont fait qu'augmenter et sont devenues presque intolérables.

La cause de sa maladie, elle nous l'a dit elle-même, car elle l'attribue à cette éruption qui non-seulement a atteint sa peau, mais encore sa bouche, et qui a entraîné la chute de ses cheveux. D'ailleurs, elle a encore quelques plaques muqueuses sur les lèvres et sur les piliers antérieurs. Il serait difficile d'invoquer une autre étiologie; et par exclusion, sinon par raison, il faut reconnaître la cause syphilitique. Aussi, n'hésite-t-on pas à lui prescrire un régime spécial :

On ordonne l'iodure de potassium à la dose de 1, puis de 2 grammes par jour comme traitement général, et comme traitement local, les instillations d'atropine, 4 gouttes par jour (0 gr. 05 d'atropine pour 10 grammes d'eau distillée); les douches de vapeur sur l'œil et les lunettes fumées en forme de coquille au dehors. On continue les instillations quatre fois par jour pendant les dix premiers jours, et deux fois les jours suivants; mais progressivement, on élève la dose de l'iodure de 2 à 5 grammes.

Après un mois de traitement, l'affection ne présente pas une amélioration notable ; on remplace l'iodure de potassium par le biiodure de mercure : 2 pilules par jour de 2 centigrammes chacune, et on continue les douches et l'atropine.

Quinze jours après, amendement notable. Deux mois plus tard, l'injection a presque disparu; les douleurs sont bien moins accusées, et la photophobie nulle.

Le 1er décembre, c'est-à-dire trois mois et demi après le début de l'affection, la guérison était complète.

Obs. II (publiée par M. Galezowski) (1).

Madame Françoise X..., 35 ans, cuisinière, à Deauville, nous est adressée par notre excellent ami, le Dr Paul, le 15 septembre 1877. Elle est d'une force et d'une vigueur peu communes chez les femmes. A

(1) Recueil d'ophthalmologie, octobre 1878.

peine mariée (il y a dix ans), elle contracte la syphilis. Après deux mois de traitement, l'intensité même des accidents secondaires la force à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du regretté professeur Lorain, où elle a eu à plusieurs reprises des défaillances et des attaques de nerfs, phénomènes qu'elle n'a jamais éprouvés avant son mariage. La malade nous dit qu'elle a toujours eu quelque accident jusqu'en 1874. A cette époque, de faible et débile qu'elle était, elle redevient forte et recouvre son embonpoint. En mars 1877, elle est prise d'une phlébite, qui a provoqué pendant six semaines des douleurs rhumatismales, ainsi que du gonflement dans les articulations des deux membres inférieurs. Ces douleurs et ce gonflement avaient graduellement diminué, sans cependant cesser tout à fait, lorsqu'il y a sept semaines, ils disparurent complétement, tandis que les deux yeux commençaient à se voiler, l'œil droit plus fortement que le gauche. Elle a une double kératite interstitielle syphilitique des plus marquées.

On remarque, en effet, à la partie supérieure de la cornée gauche, et à la partie externe de la droite, une tache qui s'étend du bord sclérotical jusqu'à 4 à 5 millimètres vers le centre. C'est une tache blanc grisâtre, un peu diffuse sur les bords, et déjà vascularisée sur toute son étendue dans l'œil gauche. L'injection périkératique est assez intense dans ce dernier œil.

La malade éprouve des douleurs périorbitaires très-intenses pendant une dizaine de jours, lesquelles ne cèdent qu'à une application de sangsues et à un trai-

tement mixte antisyphilitique. Elle est soumise, en outre, aux instillations d'atropine et aux douches de vapeur. Sous l'influence de ce traitement administré pendant trois mois et demi consécutifs, la kératite a complétement guéri sans laisser de trace, et la malade pouvait reprendre ses occupations vers les premiers jours de janvier.

Obs. III, recueillie par le Dr Ducellier, médecin-major (1).

M. K... (Auguste), 45 ans, se présente à la consultation de la rue Dauphine, le 13 août 1877.

C'est un homme sec, très-brun, maigre, vif, offrant tous les caractères les plus opposés à ceux qui constituent le tempérament lymphatique.

Il est malade depuis trois semaines; l'œil droit est atteint de conjonctivite palpébrale et bulbaire ; la cornée est saine. A gauche, l'œil présente une conjonctivite palpébrale avec injection périkératique fine, s'arrêtant à un millimètre de la cornée. La cornée est trouble, son épaisseur présente une infiltration bleuâtre opaline, avec stries ou bandelettes plus foncées, au nombre de sept ou huit, dirigées obliquement de haut en bas et de dedans en dehors; le centre présente une infiltration plus prononcée; la périphérie est saine dans une étendue de un demi à un millimètre, suivant les points.

L'éclairage oblique permet de localiser d'une ma-

(1) Recueil d'ophthalmologie.

nière certaine le siége de la lésion qui occupe les couches profondes du tissu cornéen.

Nous sommes manifestement en présence d'une kératite interstitielle qué nous ne saurions rapporter au lymphatisme, en raison du tempérament sec et nerveux de notre malade, qui n'a jamais présenté le moindre accident scrofuleux. Mais, il y a trois ans, il a contracté un chancre induré avec adénite inguinale, suivi de roséole, d'angine chronique, d'éruptions sur le front, de psoriasis palmaire; son état général s'est affaissé, il a perdu une partie de ses cheveux, et aujourd'hui sa cornée se prend; ne sommes-nous pas en droit de dire que nous avons devant nous un cas des moins contestables de kératite interstitielle syphilitique?

Le traitement prescrit est le suivant : frictions hydrargyriques, alternées par quinzaines avec le sirop de Gibert, l'iodure de potassium et les douches de vapeur chaude sur les yeux.

Pendant les premiers deux mois, nous n'avons pu obtenir aucune amélioration, et nous avons été obligé d'augmenter la dose du mercure, en faisant faire tous les jours des frictions sur les différentes jointures, d'abord à 5 grammes par jour, et au bout de un mois, à 6 grammes; le sirop de Gibert, qui était difficilement supporté, fut remplacé par une simple solution d'iodure de potassium, que le malade absorbe d'abord pendant un mois à la dose de 1 gr., et puis à 2 gr. par jour. Sous l'influence de ce traitement, le malade a complétement guéri vers le commencement de l'année courante.

Obs. IV (personnelle).

Madame Victorine D..., 40 ans, mariée depuis seize ans, a toujours joui d'une bonne santé. Elle est d'une assez forte constitution et ne présente aucune trace ancienne de scrofule.

Il y a quatre ans, elle a eu des manifestations de la diathèse syphilitique ; une éruption très-abondante sur tout le corps, des plaques muqueuses à la gorge et à la vulve, enfin quelques croûtes à la tête; elle n'a pas perdu ses cheveux. L'année suivante, elle était encore atteinte d'un mal de gorge, qui a duré environ un mois. On trouve encore aujourd'hui les ganglions cervicaux engorgés, et la malade nous avoue, du reste, que son mari a la syphilis.

L'affection oculaire a débuté vers le 15 septembre de cette année par une gêne, un trouble de la vue de l'œil droit qui n'a pas tardé à s'accentuer. La malade a d'abord éprouvé une sensation de lourdeur de la paupière supérieure, et les objets ne lui apparaissaient que comme à travers un brouillard. Sept ou huit jours après survenaient des douleurs ciliaires intenses, plus accentées la nuit et accompagnées d'une photophopie très-marquée. Dans les derniers jours de septembre, un larmoiement très-abondant et survenant par crises, surtout au grand air, accompagné d'une injection oculaire limitée à la partie supérieure, déterminait la malade à aller consulter un oculiste. Nous ne savons pas à quel traitement elle a été sou-

mise. Toujours est-il que, ne trouvant aucune amélioration dans l'état de son œil, elle se présentait à la clinique de la rue Dauphine le 28 octobre dernier.

A ce moment nous constatons une tache blanc-grisâtre, en forme de demi-lune, à la partie supérieure interne de la cornée droite. A l'éclairage oblique, nous trouvons que cette opacité siége dans le tissu cornéen proprement dit, et que des vaisseaux très-fins et très-profonds ont déjà envahi la cornée dans sa partie infiltrée. L'injection périkératique est intense; l'iris ne présente aucune trace d'altération.

La malade accuse encore de violentes douleurs péri-orbitaires et un larmoiement abondant; la photophobie n'est pas très-marquée; elle existe cependant.

La physionomie de l'opacité, son siége à la périphérie, sa délimitation à un segment de la membrane transparente, enfin les antécédents de la malade, font porter le diagnostic de kératite interstitielle syphilitique.

On prescrit 2 cuillerées par jour de sirop de Gibert, l'atropine, les douches de vapeur sur l'œil.

Le 20 novembre, il s'est produit une amélioration notable; l'opacité commence à pâlir; les douleurs et le larmoiement ont diminué.

Le 10 décembre, l'injection périkératique a presque disparu. Il n'existe plus ni douleur, ni photophobie, ni larmoiement; la tache a diminué considérablement.

Le 20, il ne reste plus qu'un point très-limité de la tache cornéenne; la vision s'améliore.

Le 29, on ne voit plus de trace de l'affection; la

cornée a recouvré sa transparence complète. On suspend le traitement local, et on engage la malade à continuer quelque temps encore le traitement général.

Variété dekératite interstitielle avec dépôts blancs simulant des abcès. — La kératite interstitielle syphilitique ne se présente pas toujours sous la même forme ni avec les mêmes allures. Dans des cas extrêmement rares, à la vérité, l'affection semble prendre dès le début une forme aiguë. Des douleurs sourdes, gravatives dans l'œil, accompagnées d'une injection périkératique intense, font soupçonner un début d'iritis. A un examen attentif, on ne tarde pas à s'apercevoir de l'infiltration opaline type dans l'épaisseur de la cornée, tandis que l'iris ne présente aucune trace d'inflammation, que la pupille est régulière et se dilate normalement. Deux ou trois jours après, on trouve au centre même de cette infiltration une tache plus opaque, un dépôt plastique blanchâtre, épais, simulant un abcès cornéen. Il faut être prévenu de l'erreur facile à commettre, parce qu'on perdrait son temps à essayer des antiphlogistiques, tandis que le traitement mixte antisyphilitique triomphera de ces dépôts comme de l'infiltration opaline qui les entoure.

Voici une observation très-intéressante d'un malade soigné par MM. Fournier et Galezowski.

Obs. V (publiée par M. Galezowski) (1).

M. le comte de L..., âgé de 25 ans, contracta la

(1) Rec. d'ophth., octobre 1878.

syphilis il y a cinq ou six ans. Il avoue avoir eu quelques mois après des accidents secondaires, contre lesquels il n'a suivi qu'un traitement irrégulier et insuffisant. Il est faible, chétif, et souffre depuis plusieurs années d'une bronchite à répétition, ce qui fait supposer à M. Fournier l'existence d'une tuberculose. C'est au commencement du mois de juillet que le comte de L... a été pris d'une inflammation de l'œil gauche, avec une injection périkératique intense et de légères douleurs périorbitaires. Nous avons pu constater l'existence d'un trouble léger de la cornée, avec un dépôt plastique au centre ayant une teinte opalescente. Nous avons cru rattacher cette affection, qui en apparence ressemblait à un abcès, à la cause syphilitique, et nous avons soumis la malade au traitement par les frictions hydrargyriques et par l'iodure de potassium.

Au bout de trois semaines de ce traitement, uu mieux sensible s'est déclaré ; la tache a disparu presque complètement ainsi que la rougeur périkératique, et le malade a pu se rendre aux eaux sulfureuses des Pyrénées, pour suivre une cure que réclamait l'état de ses poumons.

Revu le 18 octobre. Guérison complète.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas à peu près semblable à la clinique de la rue Dauphine. Il nous a été offert par la malade qui a fait le sujet de l'observation n° 2.

Obs. VI, personnelle.

Cette malade avait complètement guéri, ainsi que nous l'avons vu, lorsque, le 7 octobre 1878, c'est-à-dire près d'un an après, elle revient à la Clinique pour une iritis gommense des deux yeux dont elle est atteinte depuis un mois. Cette iritis présente tous les caractères de l'iritis syphilitique : les pupilles sont à demi-dilatées par l'atropine, et ne présentent que quelques dépôts pigmentaires ; l'iris est boursouflé dans tout son bord pupillaire, et présente une teinte jaune cuivrée avec une saillie gommeuse très-marquée dans l'œil droit.

Quant à la cornée, elle conserve sa transparence complète dans les deux yeux jusque vers le 20 octobre. A cette époque on voit se développer une kératite interstitielle limitée au segment inférieur des deux cornées. Les douleurs périorbitaires, peu marquées jusque-là, atteignent une intensité considérable, et sont bientôt accompagnées de larmoiement et de photophobie.

Lorsque nous revoyons la malade dans les premiers jours de novembre, nous trouvons ses yeux larmoyants, les paupières supérieures complétement abaissées; les douleurs sont un peu moins fortes qu'au début. La vision est à peu près nulle, c'est à peine si la malade distingue le jour de la nuit. L'injection périkératique est des plus intenses; au centre de l'infiltration interstitielle, qui n'a pas gagné en

surface, nous apercevons une tache plus opaque, plus grande à droite, simulant parfaitement un abcès dans l'épaisseur du parenchyme cornéen.

La malade est soumise aux frictions mercurielles, tandis qu'on prescrit comme régime interne le sirop de Gibert. Le traitement local consiste dans l'instillation de quatre gouttes d'atropine par jour.

Dans les premiers jours de décembre, on substitue au sirop de Gibert l'iodure de potassium, et la duboisine à l'atropine qui reste sans effet.

Vers le 15 décembre, un mieux sensible s'est produit. L'injection périkératique a un peu diminué ; les pupilles sont dilatées. Les dépôts blanchâtres cornéens se résorbent progressivement. Enfin les symptômes douleur, photophobie ont à peu près cessé.

Le 30, la résorption des opacités continue ; la malade se trouve beaucoup mieux ; elle commence à pouvoir distinguer assez nettement les objets.

Telle est l'observation très-intéressante de cette femme qui dès le début n'avait présenté qu'une simple kératite interstitielle isolée : comme nous le faisait judicieusement remarquer notre maître M. Galezowski, ces nouveaux accidents survenus, dix mois environ après la première lésion oculaire, ne sont-ils pas une preuve non douteuse que la kératite interstitielle initiale était de nature syphilitique.

Telle est à peu près la marche et la symptomatologie de la kératite interstitielle ; mais là ne sont pas les seuls caractères distinctifs de l'affection spécifique. Nous verrons bientôt qu'il en est d'autres que

nous ont fournis nos observations, et qui découlent de l'âge, de la constitution du malade; nous verrons surtout que le traitement vient confirmer l'existence de la cause syphilitique. Mais auparavant passons en revue les différentes formes des affections spécifiques de la cornée, qu'elles se présentent isolées, ou, ce qui est plus fréquent, qu'elles soient la complication d'autres affections de l'œil, afin de mieux faire ressortir les caractères qui les différencient de la kératite interstitielle.

Kératite ponctuée. — Il est une autre variété de kératite syphilitique dont nous nous bornerons à dire quelques mots; car elle ne ressemble nullement à la précédente, quoique se produisant aussi entre les diverses couches de la cornée. C'est la seconde forme distinguée par M. Fournier, et qui se caractérise par une disposition particulière des taches qui lui a valu le nom de kératite ponctuée. L'opacité, au lieu d'être compacte comme dans la kératite interstitielle, se présente sous la forme de petits points opaques : ces taches très-fines, qui ont à peu près la dimension d'une pointe d'aiguille, sont réunies en groupe et figurent sur la région qu'elles affectent une sorte de pointillé blanc jaunâtre, à forme le plus souvent triangulaire, la base du triangle regardant en bas.

Mais cette forme de kératite, qui siégerait d'après certains auteurs sur la membrane de Descemet, n'est jamais isolée, de sorte qu'elle est moins une manifestation de la syphilis qu'une conséquence de l'iritis

ou de l'irido-cyclite concomitante. Il nous suffira donc de la mentionner.

Irido kératite. — M. Fournier déclarait en 1873, dans ses leçons sur la syphilis chez la femme, que la kératite syphilitique s'observait toujours en compagnie ou à la suite d'autres lésions portant sur diverses membranes de l'œil, sur l'iris notamment. Du moins, ajoutait-il, il ne l'avait pas encore rencontrée comme manifestation diathésique isolée.

Depuis cette époque le savant syphiliographe a changé d'opinion, et son expérience est venue confirmer les observations de M. Galezowski.

Néanmoins, il faut reconnaître avec nos savants maîtres que cette forme de kératite interstitielle isolée est très-rare, et que le plus souvent elle est associée à d'autres lésions oculaires : ce qui vérifie la tendance que présentent les affections de l'œil, d'essence syphilitique, à se compliquer réciproquement à se combiner et à se succéder (Fournier).

Obs. VII (recueillie par M. Fournier).
Kératite interstitielle avec iritis syphilitique. Guérison.

X..., 25 ans. Bonne santé habituelle. Constitution robuste ; syphilis en 1874 ; chancre induré ; consécutivement roséole et syphilides buccales. Plus tard, syphilides ulcéreuses des jambes, ayant laissé de vastes cicatrices indélébiles.

Traitement divers : proto-iodure de mercure ; bains de sublimé ; iodure de potassium.

En juin 1878, syphilide ulcéro-croûteuse couvrant toute la lèvre supérieure et envahissant le nez. Tuméfaction considérable de la lèvre. Pansement au taffetas de Vigo, sirop de Gibert. Guérison complète vers le 23 août. Le traitement est suspendu.

Dans les derniers jours de septembre, accidents nouveaux, à savoir : 1° syphilide ulcéro-croûteuse occupant la région du genou, très-profonde ; 2° iritis, deux synéchies postérieures ; 3° kératite interstitielle caractérisée par une tache opaline à la partie externe de la cornée et à égale distance du centre et de la circonférence : injection périkératique intense.

Traitement : trois cuillerées par jour de sirop d'iodure de potassium (30 gr. pour 500) ; concuremment 1 à 2 pilules de proto-iodure de mercure de 0,05 centig. chacune. Collyre à l'atropine.

Le 9 octobre il y a déjà une grande amélioration.

Le 14, la tache opaline de la cornée a presque complétement disparu. Les synéchies postérieures persistent. Cicatrisation presque complète de la syphilide ulcéro-croûteuse du genou.

Le 23. Il ne reste plus trace de la tache cornéenne.

Le 28. Apparition d'une syphilide ulcéreuse au prépuce, qui s'élargit et prend une extension considérable ; elle n'est cicatrisée que vers le 20 novembre.

Depuis cette époque le malade a été revu à plusieurs reprises. Il n'est survenu aucun accident nouveau. La cornée à sa transparence normale, la vue est parfaite.

Obs. VIII, relevée dans les notes de M. Galezowski (1).
Iritis avec kératite interstitielle secondaire et paralysie de la 3e paire.

Joséphine F..., 36 ans, couturière, 23 mars 1868.

Antécédents : syphilis acquise avouée. Depuis, mauvaise santé, et règles revenant très-irrégulièrement. Iritis aiguë à l'œil gauche ayant débuté il y a quatre jours. Kératite interstitielle au même œil.

Traitement : sangsues, atropine, liqueur de Van Swieten. La maladie n'est arrêtée qu'au bout de trois mois.

17 juin. Elle voit double; depuis quinze jours, il existe une paralysie de la troisième paire droite. Cette paralysie est plus faible dans ses branches supérieures.

Traitement : pilules de proto-iodure d'hydrargyre.

Obs. IX (personnelle). Irido-scléro-kératite.

Nicolas T..., 28 ans. Il y a cinq mois, chancre induré, diagnostiqué par M. Ricord qui prescrit le traitement au proto-iodure de mercure.

En octobre, croûtes dans les cheveux, angine, plaques muqueuses buccales. Ganglions cervicaux engorgés.

1er novembre. Iritis gauche ; douleurs assez vives dans la région périorbitaire.

8 décembre. Le malade se présente à la consulta-

(1). Thèse de Desmazes, 1875.

tion de la rue Dauphine. Injection périkératique très-intense. La cornée présente une opacité interstitielle limitée à un segment, à la partie supéro-externe et périphérique; la sclérotique dans la partie correspondante est rouge lie de vin, boursouflée. L'iris plus foncé offre des adhérences à la cristalloïde antérieure.

Traitement : pilules de proto-iodure de mercure; frictions hydrargyriques; atropine.

Le 15. Légère amélioration. Le malade n'est pas revenu depuis.

Nous avons tenu à citer ces quelques observations pour démontrer que la kératite pouvait souvent se développer à la suite des autres lésions oculaires et qu'alors on trouvait dans cette simultanéité des caractères spéciaux; mais il y a d'autres cas, au contraire, où elle constitue l'altération primitive, et l'iritis ne survient que postérieurement et comme complication.

On peut enfin observer une inflammation générale et simultanée de toutes les membranes de l'œil, comme dans les cas de kérato-irido-choroïdite, ou de kérato-irido-rétinite : mais alors il est impossible de commettre une erreur; cette inflammation générale ne présentent du reste aucun point de ressemblance avec la kératite interstitielle isolée.

ETIOLOGIE.

La kératite interstitielle est une affection relativement rare. Le Dauphin, dans sa thèse (1875), donne une statistique de M. Panas qui sur 5089 affections oculaires n'en a rencontré que 40 cas ou 1 sur 127, et lui-même sur 454 observées au Bureau central n'en a relaté que 4 cas. Ces proportions ne s'éloignent guère de celles indiquées par M. Galezowski, qui observe à peu près un cas de kératite interstitielle sur 102 malades et un cas seulement sur 18 affections de la cornée.

On ne doit donc pas s'étonner que la kératite interstitielle, de nature syphilitique, soit si peu fréquente; surtout lorsque M. Fournier déclare que la cornée n'est que rarement, presque exceptionnellement affectée par la syphilis. Nous ne reviendrons pas sur les proportions indiquées par les auteurs allemands, qui concordent parfaitement avec la statistique de M. Galezowski.

Comme l'iritis qu'elle accompagne souvent, la kératite interstitielle est, quand elle se produit, un accident précoce de la syphilis. Nous l'avons vu se montrer à la fin du premier semestre de l'affection constitutionnelle. C'est dans les deux ou trois premières années qu'elle a son maximum de fréquence, et elle est accompagnée d'autres manifestations de la période secondaire. On peut cependant l'observer à la période des accidents tertiaires, et alors c'est plu-

tôt sous la forme de dépôts plastiques blanchâtres simulant des abcès.

A l'inverse de la kératite scrofuleuse, qui est le plus souvent binoculaire, l'affection spécifique, elle, n'atteint généralement qu'un seul œil. Chez notre malade de l'observation II, nous avons vu les deux yeux pris; mais c'est là presque une exception.

Notre statistique ne porte pas sur un assez grand nombre de faits pour apprécier à sa juste valeur l'assertion du D[r] Drognat Landré, de Rio-Janeiro, qui dit avoir observé le plus souvent le siége des altérations cornéennes syphilitiques à la partie inférieure de la cornée. Les altérations dont il parle sont d'ailleurs de différentes espèces et compliquent toujours l'iritis spécifique (1).

Age. Tempérament. — Nous tirerons de l'âge un bon signe différentiel entre les deux kératites issues des deux diathèses scrofuleuse et syphilitique. L'affection spécifique, en effet, se manifeste dans l'âge adulte de 25 à 35 ans; elle frappe sans distinction de sexe et de tempérament; et dans les cas que nous avons observés, nous n'avons pu trouver la moindre trace de manifestations scrofuleuses antérieures, et la constitution des malades était loin d'être délabrée par la diathèse syphilitique.

(1) Voig les Ann. d'ocul., 1875, p. 255.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

C'est une affection à évolution relativement assez rapide ; car M. Galezowski ne l'a jamais vu traîner en longueur comme la kératite interstitielle scrofuleuse qui, on le sait, dure souvent des années : et nous pensons que l'on peut évaluer sa durée de deux à quatre mois.

Nous croyons, avec M. Fournier, que traitée de bonne heure et énergiquement, cette affection guérit sans laisser de trace ; que, négligée, au contraire, elle aboutirait, mieux que toute autre, à une opacité cornéenne persistante et définitive.

PRONOSTIC.

Si la kératite syphilitique était isolée et n'était jamais suivie de complications ultérieures du côté de l'iris ou des autres membranes de l'œil, le pronostic serait relativement bénin : il serait seulement assombri par la durée relative de l'affection, l'intensité des douleurs ciliaires, du larmoiement et de la photophobie qui sont bien propres à jeter les malades dans un grand abattement. Mais le plus souvent elle est associée à l'iritis dont elle prolonge la durée, et ag-

grave les douleurs, surtout lorsque les deux yeux sont affectés comme chez notre femme de l'observation II, qui est restée plongée pendant près de trois mois dans une cécité presque absolue. Disons enfin qu'elle est fréquemment suivie de récidives toujours plus sérieuses et plus lentes à guérir, et qu'elle fait craindre pour l'avenir d'autres lésions des membranes profondes de l'œil.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic est facile. L'altération interstitielle avec dépôt ne ressemble point aux autres affections cornéennes siégeant aussi entre les diverses couches de cette membrane. Nous les avons étudiées plus haut et nous en avons fait ressortir les caractères différentiels.

Restent les affections superficielles avec lesquelles on ne la confondra pas ; car la lésion est plus superficielle, et l'épithélium est altéré, tandis que dans l'affection interstitielle la couche superficielle ou épithéliale de la cornée a conservé son brillant et son poli physiologique. De plus, dans les premières, les vaisseaux cornéens sont superficiels et se continuent avec les vaisseaux de la conjonctive qui sont volumineux, tortueux. Au reste l'éclairage oblique suffira à déterminer le siége de l'altération.

Le diagnostic ne présente de sérieuses difficultés qu'avec la kératite interstitielle scrofuleuse. Mais celle-ci survient dans le jeune âge, de 8 à 20 ans, chez des personnes lymphatiques scrofuleuses, chétives, à constitution délabrée, à teint cachectique; elle se généralise à toute la cornée, affecte simultanément les deux yeux, et présente une marche plus lente, des périodes plus distinctes; enfin elle est modifiée par les toniques et les reconstituants, tandis que le mercure agit défavorablement et semble retarder la guérison.

TRAITEMENT.

Il faut recourir en même temps au traitement général et au traitement local.

Traitement général. — Le traitement général est d'une importance capitale; car il s'adresse à la cause qui a produit le mal. Le mercure est le modificateur spécifique et constitue la médication de fond. Nous le prescrirons à forte dose, *largâ manu*, suivant le précepte de M. Fournier qui donne le proto-iodure de mercure à des doses progressives de 1, 2, 3, 4 pilules de 0,05 centigr. par jour, si le malade peut les tolérer.

Mais, ce que nous préconisons avant tout, avec Galezowski et Fournier, dans les cas un peu graves, ce sont les frictions mercurielles qui donnent tou-

jours de merveilleux résultats, là même où le traitement interne semble inefficace. Ces frictions seront faites avec beaucoup de persévérance à des doses quotidiennes progressives de 4, 5, 6, 8 et même 10 gr. d'onguent mercuriel double sur les différentes parties du corps, surtout aux plis articulaires.

Si des accidents se produisent du côté de la bouche, des gencives, il ne faut point pour cela cesser le traitement; prescrivez alors les gargarismes au chlorate de potasse, les bains sulfureux qui facilitent d'après M. Fournier la tolérance du mercure.

Dans quelques cas rebelles, tardifs, les préparations mercurielles administrées seules seront quelquefois insuffisantes. Il faut alors avoir recours au traitement mixte.

Traitement local. — Le traitement local sera le même que dans la kératite scrofuleuse. On cherchera à activer la marche de l'affection, à produire la vascularisation qui doit favoriser la résorption des opacités,

On a préconisé à cet effet les compresses d'eau chaude à la température de 30 à 40 degrés, appliquées pendant cinq ou six heures par jour. Cette application, trop prolongée, a l'inconvénient d'être désagréable pour le malade, d'amener une hypersécrétion conjonctivale gênante qui provoque l'irritation, l'eczéma des paupières.

Nous donnerons la préférence aux douches de vapeur qui ne présentent pas ces inconvénients et qui ne demandent qu'une ou deux séances de dix à quinze minutes par jour.

En même temps on instillera dans l'œil quatre ou cinq gouttes d'un collyre au sulfate neutre d'atropine, pour prévenir les complications du côté de l'iris.

Les poussées inflammatoires seront combattues par des vésicatoires, des ventouses ou sangsues sur les tempes; les douleurs périorbitaires seront soulagées par les frictions avec l'onguent napolitain belladoné, ou avec la pommade morphinée. Enfin, on fera porter au dehors des lunettes fumées en forme de coquille pour protéger les yeux contre une trop vive lumière.

CONCLUSION.

1° La kératite interstitielle peut se produire sous l'influence de la syphilis acquise; généralement à la période secondaire, rarement à la période tertiaire.

2° Elle existe isolée et primitive.

3° Elle se présente toujours sous forme d'un exsudat blanchâtre limité à un segment de la périphérie de la cornée (Galezowski), quelquefois à un segment plus rapproché du centre (Fournier).

4° Elle guérit toujours sous l'influence du traitement mercuriel.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Velpeau. — Dict. en 30 vol., t. IX, p. 85.
Sichel. — Iconog. ophth., art. *Kératite ponctuée.*
Desmarres. — Maladies des yeux, t. II, p. 240.
Follin. — Path. ext., t. I, p. 708.
Rollet. — Maladies vénériennes, 1865-66.
Lancereaux. — Traité théorique et pratique sur la syphilis.
Hutchinson. — On the different forms of inflammation of the eye consequent of inherited syphilis. Ophth. hosp. Rep., 1857.
— Clinical memoir on certain diseases of the eye and ear consequent of inherited syphilis, 1863.
— Syphilitic keratitis at an anusually early Age. In The Lancet, 18 décembre 1875.
Stanley. — Med. Times and Gaz., 1860.
Haller et Lawrence. — Ann. d'ocul., 1864.
Galligo. — Gaz. méd. de Lyon, 1863-64.
Watson. — Ophth. hosp. Reports, 1864.
Fournier. — Leçons sur la syphilis chez la femme, 1873.
Galezowski. — Maladies des yeux, 1874.
— Recueil d'ophth., octobre 1878.
Desmazes. — Thèse de Paris, 1875.
Sœmisch et Horner. — Handbuch der Gesammten Augenheilkunde, vol. IV, fasc. 1er, p. 267, 1875.
Swaen. — Bull. de l'Acad. royale de Belgique, 1876.
H. Dietlen. — Casuistische Bertrage zur syphiliologie des Auges; Th. d'Erlangen, 1876.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Structure et développement des os.

Physiologie. — Du sperme.

Physique. — Des leviers appliqués à la mécanique animale.

Chimie.— De l'isomérie, de l'isomorphisme et du polymorphisme.

Histoire naturelle. — Etude comparée du sang, du lait, de l'urine et de la bile dans la série animale ; procédés suivis pour analyser ces liquides.

Pathologie externe. — Anatomie pathologique des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des complications de la rougeole.

Pathologie générale. — Des constitutions médicales.

Anatomie pathologique. — Des kystes.

Médecine opératoire. — Des différents procédés de réduction des luxations de l'épaule.

Pharmacologie. — Quelle est la composition des sucs végétaux? Quels sont les procédés le plus souvent employés pour les extraire, les clarifier, les conserver? Qu'entend-on par sucs extractifs, acides sucrés, huileux, résineux et laiteux? Quelles sont les formes dans lesquelles on les emploie en médecine?

Thérapeutique. — Des sources principales auxpuelles se puisent les indications thérapeutiques.

Hygiène. — Du tempérament.

Médecine légale. — Exposer les différents modes l'extraction et de séparation des matières organiques pour la recherche des poisons.

Accouchements. — Du bassin à l'état osseux.

Vu par le président de la thèse,

RICHET.

Permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

MOURIER